

Powiatowe Centrum Zdrowia POWMED
83-000 Pruszcz Gdański, ul. Prof. M. Raciborskiego 2A
NIP 593-221-85-62 Regon 191983891
Tel./fax 58 773 30 30 e-mail: sekretariat@powmed.pl;
www.powmed.pl
Adres do e-Doręczeń: AE:PL-76523-43032-TEIC-29

Załącznik nr 1

.....
(miejscowość i data)

.....
(nazwisko i imię)

.....
(adres do korespondencji)

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że:

1. Nie byłem(am) skazany(a) za przestępstwo popełnione umyślnie ścigane z oskarżenia publicznego lub umyślne przestępstwo skarbowe.
2. Posiadam pełną zdolność do czynności prawnych oraz korzystam z pełni praw publicznych.

Niniejsze oświadczenie składam pouczony(a) o odpowiedzialności karnej z art. 233§1 Kodeksu Karnego (t.j. Dz.U. z 2025 r., poz.383) – „Kto składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8”.

.....
(czytelny podpis)